

Beurteilungsgrundlage
(bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
Wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
<input type="checkbox"/> amtsbekannt ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis		
wurde zwecks begutachtet:		
veranlasst von mit Schreiben vom Nr.		

Angaben zur Untersuchung

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister Kinder)
folgende Krankheiten:

<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Nerven- oder Geisteskrankheiten auch Selbstmord (-versuche)	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten
<input type="checkbox"/> Fettsucht	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> chronischer Rheumatismus	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten			

<p>2. Eigene Vorgeschichte folgende Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen <input type="checkbox"/> Nerven- oder Geisteskrankheiten (auch Anfälle oder Selbstmordversuche) <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Scharlach <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen</p>	<p>Krankheiten folgender Organe:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blutgefäße</td> <td><input type="checkbox"/> Schilddrüse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gallenblase</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harnblase</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herz</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leber</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Magen und Darm</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieren</td> <td>.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blutgefäße	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Harnblase	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Magen und Darm	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Blutgefäße	<input type="checkbox"/> Schilddrüse																		
<input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge	<input type="checkbox"/> Sonstiges																		
<input type="checkbox"/> Gallenblase																		
<input type="checkbox"/> Harnblase																		
<input type="checkbox"/> Haut																		
<input type="checkbox"/> Herz																		
<input type="checkbox"/> Leber																		
<input type="checkbox"/> Magen und Darm																		
<input type="checkbox"/> Nieren																		

Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?:

nein ja weshalb

Von wem

Krankenhausaufenthalte /Kuren
(Jahr, Dauer, Grund)

Operationen

Bei Frauen: Geburten (Jahr)

3. Haben Sie Rente beantragt ? / Sind Sie schwerbehindert ?

nein ja, weshalb...../ MdE :.....v.H.

4. a) Stehen Sie zur Zeit in Behandlung ?

nein ja, bei wem / weshalb.....

b) nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja, weshalb..... seit

5. Suchtkrankheit ?

nein ja, seit.....

abhängig von welcher Droge

6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Zittern
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Stuhlbeschwerden	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen

keine Beschwerden

7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig ?

ja nein

8. Tragen Sie eine Sehhilfe ?

nein ja Brille Kontaktlinsen

9. Rauchen Sie ?

nein ja seit.....wie viel / wovon.....

10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich ?

nein ja seit.....wie viel / wovon.....

11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung) ?

nein ja wo..... Ergebnis.....

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) weitergegeben werden können. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn ich gegen die Entscheidung, die aufgrund dieser Begutachtung erfolgt, Widerspruch einlege. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.

Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelinfectionsrisiko ausgesetzt sind:
Eine Blutuntersuchung auf Rötelnantikörper wurde mir angeboten.